

C19/12/0614

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

A/1218/0614

APPLICATION DATE: 10/12/18

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

Samnti

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

Budhlu

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Village - Wazhi Lodha, Teh - Bhawalpur

Dist - Bharatpur, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

as above



Pre op.

Post op.

0614

Samnti

OCCUPATION:

labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

व्यवसाय

(Attach Proof of Income)

NR

TOTAL ANNUAL INCOME:

72000

कुल वार्षिक आय

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्वयं प्राप्त संख्या

NR

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes (हाँ)

No (नहीं)

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न काटें)

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1	Pijmal	40	M	Son
2	Chahm Singh	38	M	Son
3	Kamhaiya	35	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य विधियों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis — RE-PP LE-IMSC
2	Diagnosis — LE-SICS+IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो लक्ष्य सहायता पुरी
1	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथवा सहायता सत्य प्रमाण है तो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का आग्रहपूर्वक निश्चय करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में पूर्ण रूप से, या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले सकूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my (photo & details) can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकरण पर आवेदक द्वारा दिये गये सभी विवरण, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति के साथ करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उन्हीं उद्देश्यों के लिए, जिसके लिए मैं सहायता माँगा हूँ। वे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा दिये जाने वाले दानों को आमंत्रित करने के लिए मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग कर सकते हैं।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा किया जा सकता है, जो मेरी सहायता माँगने के लिए है। मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा किया जा सकता है, जो मेरी सहायता माँगने के लिए है। मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा किया जा सकता है, जो मेरी सहायता माँगने के लिए है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ 엄지 انگुठा का निशान

RTH
Signature

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्पताल की ओर से मान्यताप्राप्त व्यक्ति "कोशिका फाउन्डेशन" को लिखित सहायता हेतु सिफारिश करेगा, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी और सहायता स्रोत से वही रोगी/रोगी के लिए वही सहायता माँगेंगे, जो हम (हस्पताल) को "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए माँगा गया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माँगी गई सहायता पूर्ण रूप से नहीं दी जाती है, तो हम (हस्पताल) को सहायता माँगने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता माँगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार हम (हस्पताल) को सहायता माँगने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता माँगने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता दी जाएगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। रोगी या हस्पताल द्वारा चले गई सलाह या चिकित्सा उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिए हस्पताल को रोगी के स्वास्थ्य सुधार और रोगी के जीवन की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10/12/18

MS (OPHTHAL)

Reg. No. 028094

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.

C MASSEY
Administrator

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नम्बर 1 हस्ताक्षर

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नम्बर 2 हस्ताक्षर

Signature